

## Antrag auf Erstattung von Fahrkosten im Zusammenhang mit einer ambulanten Operation

Name, Vorname der Versicherten (für die Erstattung beantragt wird)	Versichertennummer
Geburtsdatum	E-Mail Adresse*
Anschrift	Telefonnummer*

Die Fahrt/en erfolgte/n mit:

öffentlichen Verkehrsmitteln (z. B. Bus, Bahn)  
(Bitte fügen Sie Ihre Tickets bei und ergänzen Sie den Gesamtfahrpreis auf der Rückseite.)

PKW  
(Bitte ergänzen Sie die Kilometerangaben auf der Rückseite.)

Taxi oder Mietwagen  
(Bitte fügen Sie diesem Antrag die ärztliche Verordnung einer Krankenbeförderung sowie den Quittungsbeleg bei und ergänzen Sie den Gesamtfahrpreis auf der Rückseite.)

Bitte zutreffendes ankreuzen: Steht/Stehen diese Fahrt/en im Zusammenhang mit

- einem Unfall oder einer Unfallfolge
- einer Berufskrankheit
- einer anerkannten Schädigung nach dem Bundesversorgungsgesetz?

### Die Überweisung des Erstattungsbetrages erfolgt auf nachfolgendes Bankkonto

**IBAN:**  **BIC:**

**Bankinstitut:**

Wenn im Ausnahmefall der Kontoinhaber nicht identisch mit der Antragstellerin ist, geben Sie bitte den Namen und die vollständige Anschrift an:

Name, Vorname des Kontoinhabers:

Anschrift des Kontoinhabers:

#### Hinweis

Die AOK PLUS ist berechtigt, den aus diesem Antrag ggf. entstehenden Erstattungsbetrag mit eventuellen Schulden bei der AOK PLUS aufzurechnen (§ 51 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I)).

#### Hinweis zum Datenschutz:

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V zum Zwecke der Zahlung von Fahrkosten nach § 60 SGB V erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen bei den Leistungsansprüchen führen. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter [aok.de/plus/datenschutzrechte](http://aok.de/plus/datenschutzrechte).

\*Die Angabe der Telefonnummer und eMail-Adresse ist freiwillig. Sie dient der schnellen Kontaktaufnahme bei Rückfragen zu Ihren Angaben.

<b>Ort, Datum</b>	<b>Unterschrift der Versicherten oder eines Bevollmächtigten bzw. Betreuers</b>
-------------------	---

#### Wird von der AOK PLUS ausgefüllt:

BANK <input type="checkbox"/>	DRIT <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Zuzahlung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Beginn: _____	Ende: _____	Zahlbetrag: _____
Beginn: _____	Ende: _____	Zahlbetrag: _____
Sachlich und rechnerisch richtig: _____		EDV erfasst: _____
Datum Unterschrift		Datum Unterschrift



Die Gesundheitskasse  
für Sachsen und Thüringen.

Deutsche Post   
ANTWORT

AOK PLUS  
Kundencenter Fahrkosten  
09099 Chemnitz

9113-KC-FKRD

### Ambulante Operation

Versichertennummer:

\*wird nur vom Arzt ausgefüllt

- Handelt es sich um eine stationersetzende ambulante Operation gemäß § 115 b SGB V?\*    ja        nein
- Wenn ja, bitte OP-Schlüssel und Kategorie angeben.\*    Kategorie 1     Kategorie 2

*wird vom Arzt ausgefüllt					Kilometer einfache Strecke	
Behandlungsdatum	Beförderungsmittel*	medizinisch notwendige Begleitung*	Unterschrift und Stempel des Arztes*	Fahrpreis	Hinfahrt	Rückfahrt
<b>Vorbehandlungen:</b> Die Vorbehandlungen sind auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor dem Operationstag begrenzt (§ 115 a Abs. 2 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V)).						
1.	öffentl. VKM <input type="checkbox"/> Privat-PKW <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>				
2.	öffentl. VKM <input type="checkbox"/> Privat-PKW <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>				
3.	öffentl. VKM <input type="checkbox"/> Privat-PKW <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>				
<b>Operationstag</b>						
	öffentl. VKM <input type="checkbox"/> Privat-PKW <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>				
<b>Nachbehandlungen:</b> Die Nachbehandlungen dürfen sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen nach dem Operationstag nicht überschreiten (§ 115 a Abs. 2 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V)).						
1.	öffentl. VKM <input type="checkbox"/> Privat-PKW <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>				
2.	öffentl. VKM <input type="checkbox"/> Privat-PKW <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>				
3.	öffentl. VKM <input type="checkbox"/> Privat-PKW <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>				
4.	öffentl. VKM <input type="checkbox"/> Privat-PKW <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>				
5.	öffentl. VKM <input type="checkbox"/> Privat-PKW <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>				
6.	öffentl. VKM <input type="checkbox"/> Privat-PKW <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>				
7.	öffentl. VKM <input type="checkbox"/> Privat-PKW <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>				
				<b>Gesamtfahrpreis:</b>		

**Übernachungskosten anstelle von Fahrkosten**     ja, bitte Belege beifügen     nein